

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouv. dia: 0800-021-91-35

Eu, FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA

RG nº 3583-216, data de expedição 15/03/11

Órgão SSP-PI, CPF nº 061.974.023-00

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>GRANJA MOREIRA LTDA EPP ou outros SIN BAIXA DO RIO</u>
Número	<u>KM02</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>RURAL</u>
Cidade	<u>VALENÇA</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64300100</u>
Tel. de contato	<u>89-9929-4396</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: VALENÇA-PI 17.12.2019

Francisco Jose do Nascimento Sousa

Assinatura do Declarante

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 MAR 2019

DPVAT

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

IV MARANHÃO, 759
CENTRO SUL - TERESINA - PI - CEP: 64.001-010
INPJ: 06.840.748/0001-89 IE: 193013835
Atendimento: 0800 086 0800 www.cepisa.com.br
Jurisditoria: 0800 721 0184 (08:00 - 12:00 e 14:00 - 17:30h)

Regime especial de concessão autorizado pela Sec. de I. J.
GRANJA MOREIRA LTDA - EPP
OU OUTROS, S/N RUA DO FIO KM02
B-RURAL -
CEP 64.380-000 - VALENÇA DO PIAUÍ - PI
CNPJ 03.531.386/0001-13 IES 190008945 SEFAZ PI 14-06-91

Para contato com a empresa
informe este número

Código Único
0134890-5

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL - Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

Emissão	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Data Próxima Leitura	Dias de Consumo	Apresentação	Mês Faturado
10/12/2018	05/11/2018	04/12/2018	02/01/2019	29	18/12/2018	12/2018
Cod. Fat.	Classe/Subclasse	Ligação	Posto	Forma Faturamento	Motivo FD	Número FD
4.1.2.1	Rural	Monofásica		Normal		
Consumo	Medidor	Leit. Atual	Leit. Anterior	Constante Fatur.	NPL	Cons. Medido
	A747414	45945	45774	1,00000	5	171
						Cons. Faturado
						171

Histórico	kWh	Composição da Tarifa
11/2018	189	TUSD (*) 19,81
10/2018	180	TE (*) 37,27
09/2018	95	Transmissão 5,86
08/2018	56	Encargos 5,94
07/2018	59	Tributos 29,85
06/2018	61	
05/2018	28	
04/2018	0	
03/2018	2	
02/2018	12	
01/2018	128	
12/2017	158	
Média		Pia 1,4800 % - 1,45
12 meses	78	Cofins 6,8400 % - 6,73

Base Faturados	Tar. sem impostos	Valor
Consumo 171 kWh a 0,576244	0,401527	98,33
Contribuição de Iluminação Pública (COSIP)		15,17
Adicional Bandeira Amarela - 1,46		

Indicadores de Continuidade: 10/2018				
CI: 394 - NOVO ORIENTE	auso	R\$ 32,06		
Meta	Mensal	Realizado	Trimestral	Anual
DIC	7,27	0,00	14,53	29,06
FIC	3,68	0,00	7,35	14,70
DMIC	4,14	0,00	0,00	0,00

=> Tensão Contratada - 220V Faixa Adequada - 200 a 231V
=> Reajuste Tarifário médio de 12,64% a partir de 02/12/2018, conforme Resolução ANEEL 2.490/2018.
=> Ligue para 0800 086 0800 e faça opção de vencimento de sua conta 1 5 10 15 20 25

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

12 MAR 2019

DPVAT

=> As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora.

Base de Cálculo	Alíquota	Valor do ICMS	Vencimento	Valor a Pagar
98,53	22,00	21,67	28/12/2018	R\$ 114,00
Reservado ao Fisco				
89F2.3144.AA6E.DACD.8683.1397.3388.2A20				

Facilite sua vida! Evite filas e multas! Autorize o
débito de sua conta de energia em sua conta bancária.
Código para débito automático: 0934890-5

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

UC	Mês Faturado	No. FD	TC	Vencimento	Valor a Pagar
09348905	12/2018	00	8	28/12/2018	R\$ 114,00



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu KALINE MARIA DA SILVA LIMA inscrito (a) no CPF/CNPJ 068.004.273 / 30 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.974.023 / 00, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FRANCISCA JOSE DO NASCIMENTO SOUSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.974.023 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: RURAL Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>GRANJA MOREIRA LTDA EPP - 04 OUTROS</u>		Número <u>512</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>RURAL</u>	Cidade <u>VALENÇA</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64300-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

VALENÇA-PI, 28 de 1^o de 2019

Local e Data

Kaline Maria da Silva Lima
Assinatura do Declarante

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
12 MAR 2019
DPVAT

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA NELSA DE SOUSA,

RG nº 1483-317, data de expedição 23/09/17,

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 730.739.893-15 com

domicílio na cidade de VALENÇA, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

GRANJA MORREIRA RURAL, nº S/N

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA cujo o condutor era

FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA

Veículo: HONDA BIZ 125-ES COR PRETA

Modelo: HONDA BIZ 125-ES COR PRETA

Ano: 2015

Placa: PIG-8631

Chassi: 9C27C4820 FR 508476

Data do Acidente: 28-11-2018

Local e Data: Valença-PI 07-12-18

Maria Nelsa de Sousa

Assinatura do Declarante

Corretora
DE SEGUROS

12 MAR 2019

DPVAT

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protocolos e Anexos - Valença do Piauí / PI
Rua Euripedes Martins, 560 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 84.300-000 - Fone: (88) 3485-1171

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: MARIA NELSA DE SOUSA. DOU FE.
EM TEST. DA VERDADE. VALENÇA DO PIAUÍ-PI, 07/12/2018.
Empl.: 7171 TJPI, 74 Selos 0,26 Total: 71 Selos: 18,90145 (PI80P4)
Ana Cláudia Melão L. F. Chaves Barbosa
Ana Cláudia Melão Lopes Ferreira Chaves Barbosa - ESCRIVENTE

Ana Cláudia Melão L. F. Chaves Barbosa
Escrivente Autorizada



FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA

CPF: - RG: 3583216 - SUS: 898003065317054

Nasc.: 21/06/1993 Idade: 25 ANOS, 5 MESES, 7 DIAS Profissão:

Civil: CASADO(A) CEP: 64530-000

End.: GRANJA MOREIRA, D -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: NOVO ORIENTE DO PIAUÍ/PI

Cor: PARDA

Telefone: (89) 9910-5418

Mãe: ALBANIZA FRANCISCA DE SOUSA

Pai: ANTONIO JOSE DO NASCIMENTO

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

História Clínica/Exame físico:

Relato de acidente motor de
e queda de dor em todo o pé direito

Exames Complementares:

RX: fratura palmar proximal 5º

Diagnóstico provável:

do do pé direito

Prescrição Médica:

CD: fratura imobilização com
gesso

Capim - 3 amp. 100 mg
clorazepato - 2.5 ml - 10 mg

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 21:34:06

Prioridade:

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Causa/História: TRAUMA

Alergias: BUSCOPAM COMPOSTO

Medicação Usual:

PA: 120x70 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduta: ENC. MEDICO GERAL

295179 - ROSANNA RAFAELA R. BARBOSA
Enfermeiro Responsável

Indicadores da Alta

Hora:

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência Destino:

Dr. Francisco Barbosa III
Médico
CRM-PI: 5994
CPF: 042.711.023-85





80.4%



PJ CORRETORA
DE SEGUROS
12 MAR 2019
DPVAT





PROTOCOLO DE ATRIBUIÇÃO

do Serviço: CPF: 000.004.273-30

do Atendimento: IF 170/2014

Data e Hora: 14/01/2014 11:51:05

CPF do Contribuinte: 000.004.273-30

Nome Completo: MARIA DO CARMO DA SILVA

Nome Sobrenome: LIMA

Data de Nascimento: 20/10/1994

Sexo: FEMININO

Nome do Pai: MARIA DO CARMO DA SILVA

Nome do Mãe: LIMA

Título de Eleitor: 001172021554

Naturalidade: VALENÇA DO PIAUÍ

UF Naturalidade: PI

Logradouro: AVENIDA JOÃO PIAUÍ

Número: 1

Complemento: GIL MARQUES

Bairro/Distrito: NOVO ORIENTE DO PIAUÍ

Município: VALENÇA DO PIAUÍ

UF: PI

CEP: 65600-000

Telefone: 0

Celular: 0

Indicador de Impressão: 4

Código de Ocorrência: 00

PJ CORRETOR DE SEGUROS

12 MAR 2019

DPVAT

PROTOCOLO DE ATRIBUIÇÃO

do Serviço: CPF: 000.004.273-30

do Atendimento: IF 170/2014

Data e Hora: 14/01/2014 11:51:05

CPF do Contribuinte: 000.004.273-30

Nome Completo: MARIA DO CARMO DA SILVA

Nome Sobrenome: LIMA

Data de Nascimento: 20/10/1994

Sexo: FEMININO

Nome do Pai: MARIA DO CARMO DA SILVA

Nome do Mãe: LIMA

Título de Eleitor: 001172021554

Naturalidade: VALENÇA DO PIAUÍ

UF Naturalidade: PI

Logradouro: AVENIDA JOÃO PIAUÍ

Número: 1

Complemento: GIL MARQUES

Bairro/Distrito: NOVO ORIENTE DO PIAUÍ

Município: VALENÇA DO PIAUÍ

UF: PI

CEP: 65600-000

Telefone: 0

Celular: 0

Indicador de Impressão: 4

Código de Ocorrência: 00

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EMISSÃO: 26/10/2019

DATA DE VENCIMENTO: 20/10/1994

Nome: ELLINE MARIA DA SILVA LIMA

Relação: ACCANJO PEREIRA LIMA

Nome: MARIA DO CARMO DA SILVA LIMA

Naturalidade: VALENÇA DO PIAUÍ - PI

DOC. OBRIGATORIO: CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO-SEDE TERMO: 9249 FOLHA: 164V LIVRO: A-11

NOVO ORIENTE DO PIAUÍ - PI

P. 49

MINISTRID DAS CIDADES

DETTRAN - PI
M^o
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1	01039766307	NAME	2010
---	-------------	------	------

MARIA NEUSA DE SOUSA

[illegible]

ESPECIE TIPO GC20C4B201R200378
COMBUSTÍVEL COMBUSTÍVEL

~~PAB/MOT/ENR/TA /NED/THUMBA~~
~~MARCA / MOBILE~~

ALL ABOUT THE
MUSIC

BONDY/BIS 125 EE
Exp 7/6/01 CL

CATEGORIA

24-1-95

02P/0124GE
COTTA UNIT

—PAPER—
—TENO. COIT. UNIC.

11
VENO / OOTAS

1	IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	DATA DE PAGAMENTO
2	IPVA		
3	PAGO		

ALFA ROMEO PAGO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

A/PTD. ADMINISTRADORA DE CONS NAC HO
DA

VALENÇA DO PIAT

15/01/20

ALMOZARDO, J. A. 1993. *El agua en el mundo*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

PI Nº 013156667756 BILHETE DE SEGURO DE VIDA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU MAO-DE-OBRA. SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	15/01/2018
PÁGINA	

7907398931
HENATA00

PIG-B031
MARCA / MODELO

01039768307
XEROX - FULLER

HONDA/BIZ 125 1.5

2014

9C2JC4820FR5084-1

0000 00

DENATRON 615
000,00

000,00

00,00

000,00

185,50
DATA DE COTAÇÃO:

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCEL ADD

15/01/2018

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.409/0001-04

MAY 1998

PJ CORRETO
DE SEGUROS

12 MAR 2019

DPVATE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190189973 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA **Data do acidente:** 28/11/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA FALANGE PROXIMAL DO 5º PODODÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190189973 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA **Data do acidente:** 28/11/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA FALANGE PROXIMAL DO 5º PODODÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)			
Nome: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA			
Nacionalidade: BRASILEIRO	Estado Civil: casado	Profissão: Rural	
RG: 3583216	Org. emissor SSP-PI	D. Expedição 151031011	CPF: 061.974.023-00
Endereço: Localidade GRANJA MOREIRA		Nº 512	Bairro:
Cidade: VALENÇA	Estado: PIAUI	CEP: 64300100	

OUTORGADO: (Dados do procurador)			
Nome: KALINE MARIA DA SILVA LIMA			
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: casado	Profissão: Rural	
RG: 200730223-1	Org. emissor SSP-CE	D. Expedição 261101010	CPF: 068.004.273-30
Endereço: GRANJA MOREIRA LTDA EPP ou outros		Nº 512	Bairro: BAIXADA DO RIO RUA
Cidade: VALENÇA	Estado: PIAUI	CEP: 64300100	

Pelo presente Instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência,) podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA

Acidente ocorrido em: 28/11/18

Cobertura: INVANDEZ

Local / data: VALENÇA-PI 7-12-2018

Francisco Jose do Nascimento Sousa

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

PJ CORRETORA DE SEGUROS

12 MAR 2019

DPVAT

2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI
Rua Euripedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (89) 3468-1171

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. VALENÇA DO PIAUI-PI, 14/12/2018. Empl.: 3,70 - TJ: 0,74 - Selo: 0,26 - Total: 4,70 Selo: ABR 42816 (P160PAQ)

Ana Claudia Melo L. F. Chaves Barbosa
Ana Claudia Lopes Ferreira Chaves Barbosa - ESCRIVENTE



Ana Claudia Melo L. F. Chaves Barbosa
Escrivente Autorizada

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0082145/19

Vítima: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUS

CPF: 061.974.023-00

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 28/11/2018

Titular do CPF: FRANCISCO JOSE DO
NASCIMENTO SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

KALINE MARIA DA SILVA LIMA SOUSA : 068.004.273-30

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA : 061.974.023-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/03/2019
Nome: KALINE MARIA DA SILVA LIMA SOUSA
CPF: 068.004.273-30

KALINE MARIA DA SILVA LIMA SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0082145/19

Número do Sinistro: 3190189973

Vítima: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUS

CPF: 061.974.023-00

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 28/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO JOSE DO
NASCIMENTO SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/03/2019
Nome: KALINE MARIA DA SILVA LIMA SOUSA
CPF: 068.004.273-30

KALINE MARIA DA SILVA LIMA SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/03/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190189973

Vítima: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA

Data do Acidente: 28/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KALINE MARIA DA SILVA LIMA SOUSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190189973

Vítima: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA

Data do Acidente: 28/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KALINE MARIA DA SILVA LIMA SOUSA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190189973

Vítima: FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA

Data do Acidente: 28/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KALINE MARIA DA SILVA LIMA SOUSA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **061974023.00** Nome completo da vítima: **FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA** CPF: **061974023.00**

Profissão: **AUTÔNOMO** Endereço: **BAIXA DO RIO KM 02** Número: **5N** Complemento: _____

Bairro: **RURAL** Cidade: **VALENÇA DO PIAUÍ** Estado: **PI** CEP: **64300-000**

E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPEANÇÁ (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3887** **03** CONTA: **00022069** **0**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVIL) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **TUESMA - PI 11.03.19**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____

2º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

CAIXA
CENTRO DE CONTABILIZAÇÃO

447-047-0001

05/2018

AUTO-RENDIMENTO - AG VALENCA

HORA: 10:04:22

DATA: 14/12/2018

CONTROLE: 388710010217

TERMINAL: 38871001

AGENCIAS: 3887 - VALENCA DO PIQUI

AGENCIAS: 013.00022064-0

CLIENTE: FRANCISCO JOSE DO N SOUSA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA

ULTIMOS 30 DIAS

VALOR

MOVIMENTACAO

HISTORICO

DATA

NR.DOC

VALOR



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.001052/2018-01

Unidade de Registro: DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Pablo Roberto Rocha Nunes

Data/Hora: 03/12/2018 - 17:53

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

VALENÇA DO PIAUÍ

Endereço

PI 120, ENTRE VALENÇA E NOVO ORIENTE, Nº:

Complemento

PRÓXIMO À LOCALIDADE BARRO PRETO

Data/Hora

28/11/2018 - 20:00

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO JOSÉ DO NASCIMENTO SOUSA

RG: 3583216 SSP PI

Mãe: ALBANIZA FRANCISCA DE SOUSA

Pai: ANTONIO JOSÉ DO NASCIMENTO

Endereço: LOCALIDADE GRANJA MOREIRA, Nº S/N

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ

Telefone(s): 89-9971-9782

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

**CORRETORA
DE SEGUROS**

12 MAR 2019

DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	BIZ 125 ES	2015	PIG8631	9C2JC4820FR508476	01039768307	Preta

Condutor: FRANCISCO JOSÉ DO NASCIMENTO SOUSA

RG: 3583216 Órgão: SSP UF RG: PI

End: LOCALIDADE GRANJA MOREIRA Número: S/N Complemento:

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Proprietário: MARIA NEUSA DE SOUSA

End: LOCALIDADE GRANJA MOREIRA Número: S/N

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante compareceu a esta Delegacia de Polícia Civil para comunicar: QUE, no dia e horário acima mencionados, transitava pela PI 120, que liga o município de Valença do Piauí ao município de Novo Oriente do Piauí, conduzindo a motocicleta acima descrita; QUE, estava próximo à localidade Barro Preto, zona rural deste município de Valença do Piauí, quando veio a colidir em um boi que estava na pista; QUE, com a colisão veio a cair no chão, sendo socorrido por populares e encaminhado ao Hospital Regional Eustáquio Portela, neste município; QUE, conforme ficha de atendimento do hospital, sofreu fratura em dedo do pé direito, estando atualmente com o pé engessado. Era o que tinha a noticiar.

Pablo Roberto Rocha Nunes
Pablo Roberto Rocha Nunes - Mat. 2814595
AGENTE DE POLÍCIA

Francisco José do Nascimento Sousa
FRANCISCO JOSÉ DO NASCIMENTO SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

1244 v. 1,0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.001052/2018-01

Delegado de Polícia

PJ CORRETOCA
DE SEGUROS

12 MAR 2018

DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha a(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: **061 974 023.00** Nome completo da vítima: **FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA** CPF: **061 974 023.00**
Profissão: **AUTÔNOMO** Endereço: **BAIXA DO FIO KM 02** Número: **5 N** Complemento: _____
Bairro: **RURAL** Cidade: **VALENÇA DO PIAUI** Estado: **PI** CEP: **64300-000**
E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assine e uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3887** **013** CONTA: **00022064** **0**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinale uma das opções)**:

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou filho(a) nascido(a): ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que eu apresentar e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Turima - PI 11.03.19**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A SEU ROGO

Francisco Jose do Nascimento Sousa
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FRANCISCO JOSE DO NASCIMENTO SOUSA

asc.: 21/06/1993 Idade: 25 ANOS, 5 MESES, 7 DIAS Profissão:

nd.: GRANJA MOREIRA, G -

Bairro: ZONA RURAL

or: PARDA

Teléfono: (89) 9910-5418

Mãe: ALBANIZA FRANCISCA DE SOUSA

Civil: CASADO(A) CEP: 64530-000

Cidade: NOVO ORIENTE DO PIAUÍ/PI

Pa: ANTONIO JOSE DO NASCIMENTO

linica: CLINICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

História Clínica/Exame físico:

Relato de acidente motor de
+ queda de dor em todo o pé direito

Exames Complementares:

RX : fratura fechada proximal 5º

Diagnóstico provável:

deito direito

Prescrição Médica:

CD: fratura imobilização com

gesso

Curativo - 3 dias
antibiótico 25ml + 1g = 5

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 21:34:06

Prioridade:

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Exatidão/História: TRAUMA

Alergias: BUSCOPAM COMPOSTO

Medicação Usual:

PA: 120x70 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduta: ENC. MEDICO GERAL

dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino:

Hora:

295179 - ROSANNA RAFENA R. BARBOSA
Enfermeiro Responsável

Dr. Francisco Barbosa III
Médico
CRM-PI: 5994
CPF: 042.711.023-85

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 MAR 2019

Dor:
DPVAT